UNIVERSITE PAUL-SABATIER
118, route de Narbonne — 31 - TOULOUSE
ANNÉE 1971 N° 129

MODES RELATIONNELS et NEUROLEPTIQUE-RETARD à l'HOPITAL et en POST-CURE

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

présentée et soutenue publiquement le 15 juin 1971

PAR

Josette PETIT

Membres du Jury

MM. GERAUD	*Président*
RIBAUT	
GRÈZES-RUEFF	*Assesseurs*
MORON	
GLEIZES	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE FOURNIE
27, boulevard Riquet, 27

1971

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546526_0029

MODES RELATIONNELS ET NEUROLEPTIQUE-RETARD A L'HOPITAL ET EN POST-CURE

UNIVERSITE PAUL-SABATIER
118, route de Narbonne — 31 - TOULOUSE
ANNÉE 1971 N° 129

MODES RELATIONNELS et NEUROLEPTIQUE-RETARD à l'HOPITAL et en POST-CURE

Thèse

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

présentée et soutenue publiquement le 15 juin 1971

PAR

Josette PETIT

Membres du Jury

MM.	GERAUD	*Président*
	RIBAUT	
	GRÈZES-RUEFF	*Assesseurs*
	MORON	
	GLEIZES	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE FOURNIE
27, boulevard Riquet, 27

1971

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ PAUL-SABATIER

118, route de Narbonne — 31 - TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITÉS MÉDICALES

Président de l'Université ..... M. LARENG
1er Vice-Président ..... M. MATHIS
Directeur de l'Unité de Sciences Médicales, Toulouse-Purpan .. M. MONNIER
Directeur de l'Unité de Sciences Médicales, Toulouse-Rangueil. . M. ENJALBERT

DOYENS HONORAIRES
MM. LAZORTHES, GORSE, CALVET, BRUSTIER
PROFESSEURS HONORAIRES
MM. VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD, VINCENT, MOREL, BOUISSET, CALMETTES, THOMAS, LAGROT, DULUCQ.

SECTION MÉDECINE — PROFESSEURS

Clinique médicale et cardiologique.	MM. DARDENNE.
Clinique médicale Sud	GADRAT.
Clinique chirurgicale	FICAT.
Clinique chirurgicale A et gynécologie	POULHES.
Clinique chirur. B et du cancer.	GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	PASQUIÉ.
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.....	RIEUNAU.
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire.	ENJALBERT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BAZEX.
Clinique des maladies des voies urinaires.	LHEZ.
Clinique maladies infectieuses. .	ARMENGAUD M.
Clinique médicale infantile et puériculture.	SOREL.
Clinique médicale de la première enfance.	BARDIER.
Clinique de neuro-chirurgie....	LAZORTHES G.
Clinique neurologique et psychiatrique.	GÉRAUD.
Clinique obstétricale.	PONTONNIER.
Clinique odonto-stomatologique .	CADENAT.
Clinique ophtalmologique.....	N...
Clinique O. R. L. et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET.
Clinique de pneumo-phtisiologie.	DELAUDE.
Clinique rhumatologique. . .	MM. RUFFIÉ (R.).
Accouchement et obstétricie sociale.	MONROZIÉS.
Anatomie.	BASTIDE.
Anatomie pathologique.	FABRE (J.).
Anesthésie et réanimation.....	LARENG (L.)
Bactériologie et Virologie. . .	Mme ENJALBERT.
Biophysique médicale A	MM. AUVERGNAT.
Biophysique médicale B	BRU.
Chimie biologique.	VALDIGUIÉ (P.)
Electro-radiologie.	MARQUÈS.
Embryologie générale.	BROUSSY (J.)
Hématologie.	RUFFIÉ (J.).
Histologie.	BIMES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	N...
Cardiologie clinique et expérimentale	N...
Hygiène et médecine sociale ..	MONNIER.
Immunologie.	DUCOS.
Médecine légale et médecine du travail.	PLANQUES.
Pathologie chirurgicale.	DAMBRIN.
Pathologie générale et médecine expérimentale.	SENDRAIL.
Pathologie médicale.	RIBAUT.
Physiologie.	LAPORTE (Y.)
Physiologie appliquée et pharmacologie.	BAISSET.
Sémiologie et clinique médicale	LAPORTE (J.).
Thérapeutique.	DARNAUD.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Histologie et Embryologie.	MM. GUILHEM.
Anatomie pathologique.	BOUISSOU.
Biochimie médicale.	DOUSTE-BLAZY.
Histologie et Embryologie. . ..	PLANEL.
Oto-Rhino-Laryngologie.	CLAUX
Pathologie médicale.	MM. BOULARD
Physiologie.	MONTASTRUC.
Physiologie.	BESSOU.
Physique médicale.....	COMMANAY.
Pneumo-phtisiologie.	MIGUÉRÈS.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie pathologique.....	MM. FABRE (J.).
Bactériologie, Parasitologie, Virologie.	Mme LARENG.
Biochimie médicale.	MM. VALDIGUIÉ P.
Chirurgie générale.	GÉDÉON.
Chirurgie générale.	SARRAZIN.
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire.	ESCHAPASSE.
Electro-Radiologie.	PONS.
Electro-Radiologie.	ROULLEAU
Médecine générale et Thérapeutique .....MM.	BOLLINELLI
Ophtamologie.	DEODATI.
Pédiatrie.	DALOUS.
Neurochirurgie	ESPAGNO (J.)
Médecine générale et thérapeutique.	SUC.
Pédiatrie	REGNIER.
Médecine générale.....	RIBET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Carcinologie	MM. Estrade	Chirurgie générale	MM. Escat (J.)
Médecine générale et thérapeutique	Bès.	»	Costagliola
Pathologie expérimentale	Gleizes.	Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive	Utheza Guy
Médecine générale	Arlet (J.).	Urologie	Pontonnier F.
Dermatologie, Vénéréologie	Dupré.	Histologie, Embryologie, Cytogénétique	Soleilhavoup.
Thérapeutique	Denard	Biophysique	Guiraud (R.)
Physiologie	Geral (J.-P.)	Physiologie	Pagès (B.).
Cardiologie	Bounhoure	Parasitologie	Larrouy.
Thérapeutique, Réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	Salvador (M.).	Immunologie, Hématologie, Maladies du sang	Biermé (R.).
Radiologie	Combes (P.).	Anatomie et organogénèse	Juskiewenski
Pneumo-Phtisiologie	Albarède J.-L.	Médecine Interne	Fedou Robert
Pédiatrie génétique médicale	Rochiccioli.	Médecine Générale	Rascol

AGREGES

Médecine générale	MM. Calazel.	Médecine légale	MM. Grezes-Rueff
»	Le Tallec.	Neurologie et psychiatrie	Gayral.
Chirurgie générale	Gaubert.	Ophtalmologie	Bec.

AGREGES LIBRES

Chirurgie générale	MM. Souquet.	Obstétrique	M. Espagno G.
Pathologie chirurgicale	Dieulafé.		

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Psychiatrie . . . M. Laboucarie.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Général de l'Université . . . M. Prineau J.-P.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Déclaration en date du 12 mai 1891.)

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON MARI

A MES ENFANTS, FLORENCE ET ANNE

A MES FRERES

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERAUD

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
Médecin des Hôpitaux
Membre de la Société Française de Neurologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance et notre respectueux attachement pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la Présidence de notre Jury de Thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBAUT

Professeur de Pathologie Médicale

Nous vous sommes tout particulièrement reconnaissante d'avoir bien voulu participer à notre Jury de Thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GREZES-RUEFF

Professeur Agrégé de Médecine Légale et du Travail

En hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORON

Chargé de Cours

Nous lui exprimons notre gratitude d'avoir accepté de juger ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GLEIZES

Professeur Agrégé de Pathologie Expérimentale

En témoignage de notre reconnaissance.

AUX MEDECINS CHEFS DE SERVICE

DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE LANNEMEZAN

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE « FEMMES »

AUX MALADES DE CE SERVICE

Puisse ce travail leur être utile.

INTRODUCTION

« L'Histoire de la Psychiatrie manifeste deux tendances contradictoires : la thérapeutique biologique et la psychothérapie. Leur ensemble est à son tour contradictoire avec une troisième action possible sur le malade : l'aménagement du milieu dont la thérapeutique institutionnelle constitue un aspect. »

P. BALVET.

Il nous apparaît en effet que l'évolution de la psychiatrie et de l'hôpital psychiatrique semble étroitement liée à l'évolution économique, sociale et culturelle de la société d'une part, au degré de l'évolution des techniques psychiatriques proprement dites d'autre part.

Ainsi, les trois thérapeutiques dont parle BALVET doivent nous apparaître comme un ensemble indissociable à l'image de cet ensemble indissociable qu'est l'homme malade.

« Ce ne sont plus des méthodes, des voies d'abord inventées par la science psychiatrique, mais bien une donnée reproduisant dans sa structure l'objet même de cette science, à savoir l'homme réalité à la fois psychologique, organique et sociale. »

Les techniques psychiatriques peuvent jouer un rôle et influer à leur tour sur la situation et le sort du malade mental en modifiant l'attitude du milieu socio-culturel à son égard.

Dans une première partie, nous décrirons l'évolution des conceptions de la thérapeutique psychiatrique.

Puis, nous essaierons de voir quelle est la place du médicament dans la pratique psychiatrique actuelle, et surtout au niveau de la relation médecin-malade.

Enfin, dans une dernière partie, nous rendrons compte de notre expérience en ce qui concerne un neuroleptique à action prolongée, essayant de préciser la signification nouvelle que peut prendre la chimiothérapie grâce à ce nouveau mode d'administration. Nous l'étudierons au niveau de l'hôpital, puis en post-cure.

PREMIERE PARTIE

Nous nous sommes inspirée, au cours de cette première partie, de l'étude de Michel Foucault : « Histoire de la folie à l'âge classique ».

Chez les primitifs, la folie fait partie du sacré, qu'il soit religieux ou démoniaque : le malade est la « chose » de l'Esprit. Le christianisme devait perpétuer pendant des siècles cette notion : la folie est la conséquence du péché de l'homme.

Au Moyen-Age, la religion est toute-puissante et on ne peut accepter de l'homme qu'une image absolue et idéale. Tous ses autres aspects ne peuvent être dus qu'aux forces du Mal. C'est à cette époque que va commencer l'exclusion consciente des fous par la société. Mais, s'il existe des hôpitaux ou des maisons de détention (la tour aux fous de Caen), le plus souvent il s'agit d'instructions d'assistance pour la protection des sujets « sans aveu » c'est-à-dire qu'aucune distinction n'y est faite entre vagabond et malade mental.

La lèpre disparue, les lépreux effacés, pauvres, vagabonds, correctionnaires et « têtes aliénées » prendront leur place.

Une autre façon d'empêcher les « insensés » de rôder dans les villes, est représentée par les « narrenschiff » bateaux auxquels on confie les fous ; les uns descendent les rivières de Rhénanie en direction de la Belgique et de Gheel, les autres remontent le Rhin vers le Jura et Besançon.

Pour Michel Foucault, les « narrenschiff » ne sont pas seulement un moyen efficace de se débarrasser des fous : « l'eau ajoute la masse obscure de ses propres valeurs, elle

emporte, mais elle fait plus, elle *purifie,* et puis la navigation livre l'homme à l'incertitude du sort, là chacun est confié à son propre destin, tout embarquement est, en puissance, le dernier... elle (la navigation) ne fait, en un sens, que développer tout au long d'une géographie mi-réelle, mi-imaginaire, la situation liminaire du fou à l'horizon du souci de l'homme médiéval — situation symbolisée et réalisée à la fois par le privilège qui est donné au fou d'être *enfermé* aux *portes* de la ville : son exclusion doit l'enclore, s'il ne peut et ne doit avoir d'autre prison que le seuil lui-même, on le retient sur le lieu de passage... Posture hautement symbolique qui restera sans doute la sienne jusqu'à nos jours, si on veut bien admettre que ce qui fut jadis forteresse visible de l'ordre, est devenu maintenant château de notre conscience... L'eau et la navigation ont bien ce rôle... Il est le passager par excellence, c'est-à-dire, le prisonnier du passage... »

Cette situation s'est répétée avec la localisation des « asiles » à la périphérie des villes.

Le Moyen-Age avait fait place à la folie dans la hiérarchie des vices. Elle fait partie des douze dualités qui se partagent la souveraineté de l'âme humaine : foi et idolâtrie, espérance et désespoir, charité et avarice, chasteté et luxure, prudence et folie, etc...

Rejeter le fou, voir en lui une possession démoniaque et non plus un homme, telle semble donc être l'opinion médiévale.

C'est d'une tout autre manière qu'il sera accepté pendant la Renaissance où « la folie fascine l'homme » : elle est reconnue comme le témoin de sa propre nature, « celle qui mettra à nu l'impitoyable vérité de l'enfer ». Mais, peu à peu, la Morale amarrera cette folie-liberté, et la Raison prescrira une conduite d'ordre.

Le 27 avril 1656, paraît le décret de fondation de l'Hôpital Général. « Le Grand Renfermement » débute et va réunir dans son enceinte, mendiant, criminel, et insensé, afin d'empêcher « l'oisiveté et la mendicité... sources de tous les désordres ».

Dans son fonctionnement, ou dans son propos, l'Hôpital Général ne s'apparente à aucune idée médicale. Quand on l'a

créé, on a surtout songé à la suppression de la mendicité plus qu'à l'occupation des internés.

« Cet internement désigne le mot où la folie est perçue sur l'horizon social de la pauvreté et de l'incapacité au travail, de l'impossibilité de s'intégrer au groupe... ; l'importance donnée à l'obligation du travail, et toutes les valeurs éthiques qui lui sont liées, déterminent de loin l'expérience que l'on fait de la folie et en infléchissent le sens... Le « remède » à tous ces vices est le travail obligatoire. »

L'internement cache la déraison et traduit la honte qu'elle suscite, mais il désigne explicitement la folie, il la montre du doigt.

« La folie est devenue chose à regarder : non plus monstre au fond de soi-même, mais animal aux mécanismes étranges, bestialité où l'homme depuis longtemps est aboli. »

A l'hôpital de Nantes, la ménagerie a l'allure de cages individuelles pour bêtes féroces. Jamais Esquirol n'avait vu « un tel luxe de serrures, de verrous, de barres de fer pour raffermir les portes des cachots... De petites ouvertures, pratiquées à côté de la porte, étaient garnies de barres de fer et de volets. Tout près de cette ouverture, il appendait une chaîne scellée au mur et portant à son autre extrémité un vase en fonte ressemblant assez bien à un sabot dans lequel les aliments étaient déposés et passés à travers les barreaux des ouvertures ».

« Pour les fous importuns et qui se salissent » on a imaginé d'établir, à l'extrémité des grandes salles, « des espèces de cages ou armoires en planches qui peuvent tout au plus contenir un homme de moyenne longueur »... Sur les lattes, on a jeté un peu de paille « sur laquelle couche l'insensé, nu ou demi-nu, où il prend ses repas et où il rend ses ordures... »

Le fou n'est pas un malade : « l'animalité, en effet, protège le fou contre tout ce qu'il peut y avoir de fragile, de précaire, de maladif en l'homme. La solidité animale de la folie et cette épaisseur qu'elle emprunte au monde aveugle de la bête, endurcit le fou contre la faim, la chaleur, le froid, la douleur... Il est inutile de les protéger, on n'a ni à les couvrir, ni à les chauffer ».

Les XVIII[e] et XIX[e] siècles vont voir se modifier les rapports entre folie et société. La prise de conscience du caractère hétérogène des internés va entraîner une individualisation de la folie. Si les Arabes lui avaient depuis longtemps réservé des hôpitaux spécialisés (Bagdad au VIII[e] siècle par exemple), si l'Ordre de Saint-Jean-de-Dieu avait à la fin du XVIII[e] siècle dix hôpitaux pour « aliénés », c'est surtout un vaste courant humaniste qui préparera les réformes préconisées sous la Révolution par Tenon, La Rochefoucault, Malesherbes faisant « la visite des prisons d'Etat avec le projet d'en briser les portes ; les prisonniers dont il trouvera l'esprit aliéné... furent envoyés dans des maisons où la société, l'exercice et les attentions qu'il avait soigneusement prescrits, devaient, disait-il, les guérir ».

« Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades qui ont droit à la sollicitude que l'on doit à l'humanité souffrante ».

On reconnaît donc au fou un statut de malade. Il ne s'agit plus de l'exclure parce qu'il a péché, mais au contraire de l'aider et de le soigner.

On proposera donc alors de créer des établissements spéciaux pour malades mentaux, suivant les idées de PINEL et d'ESQUIROL pour qui ces établissements doivent avoir avant tout un rôle thérapeutique.

« Une maison d'aliénés est un instrument de guérison entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales. »

Les principes de la thérapie actuelle sont déjà presque tous posés, mais le fou effraie, déroute toujours, et la société n'est pas prête à intégrer ces notions.

L'Asile, s'il a le mérite d'améliorer le sort réservé aux « insensés », ne sera en définitive qu'une nouvelle méthode de rejet et de mort sociale. Quelques timides tentatives seront faites néanmoins. Ainsi, FALRET (1840) crée dans la Salpêtrière un foyer d'accueil, il organise des consultations, des visites à domicile...

C'est à cette époque aussi qu'apparaît la notion de relation médecin-malade, le fou tend à former avec le médecin

une sorte de couple. Le médecin détient le pouvoir de guérison « et c'est dans la mesure où partant de vieilles attaches le malade se trouve déjà aliéné dans le médecin, à l'intérieur du couple médecin-malade, que le médecin a le pouvoir presque miraculeux de le guérir ».

Le médecin détient l'Autorité, il jouit de nombreux prestiges : il connaît les secrets de la Famille, de l'Autorité, de la Punition, et de l'Amour. « C'est en prenant le masque du Père et du Justicier, que le médecin, par un de ces brusques raccourcis qui laissent de côté sa compétence médicale, devient l'opérateur presque magique de la guérison et prend figure de thaumaturge.

Par contre, le XIX^e^ siècle sera surtout marqué par une conception anatomopathologique de la folie ; c'est surtout la maladie et non le malade qui intéresse les médecins. Dans les asiles, la relation avec le « fou » sera la traduction d'une conception *chosifiante* du malade, conception qui malheureusement nous semble encore exister chez certains médecins.

Je me souviens encore d'un jeune interne (qui d'ailleurs n'avait nullement l'intention de se spécialiser en psychiatrie) disant : « Je suis venu faire un stage ici, pour me faire la main... » Les fous servent donc de cobayes. « Oh la plupart ne sentent rien ! » Nombreuses sont encore les réflexions de ce genre. Il est visible que pour ceux-là le « fou » n'est pas un malade comme les autres.

C'est l'ère de CHARCOT et de sa toute-puissance sur le cerveau des hystériques, ce sera bientôt, avec le XX^e^ siècle, l'ère des méthodes de choc :

— Les électrochocs, le Cardiazol, le choc amphétaminique où le stress initial est perçu par le malade qui en garde un souvenir de lutte ; il est brutal, soudain, suivi par une modification brusque du « niveau de conscience » et une réaction physique intense.

— L'électronarcose, le choc insulinique, et la cure de sommeil : ici, l'effet est plus progressif, moins violent, les réactions somatiques et la phase d'angoisse initiale moins fortes.

— La leucotomie enfin, encore défendue en 1952 par de nombreux auteurs comme SARGANT, SLATER et HILL. Pour BAL-

VET, la lobotomie, c'était « une grossière tentative pour avoir le dessus, pour avoir raison ».

Toutes ces tentatives thérapeutiques semblent traduire le désir de disposer de la personne du malade mental comme on peut disposer du corps d'un malade somatique. Elles ont tout de même le mérite de modifier la relation médecin-malade : ce fou « intouchable », « mythique », n'est donc qu'un homme que l'on peut transformer. Peu à peu, la peur devant cet inconnu va pouvoir disparaître.

Deux tendances nouvelles vont alors apparaître :

— D'une part, la psychologie dynamique, la phénoménologie et la psychanalyse dont H. ECY a pu dire : « Ce que la psychiatrie doit à la psychanalyse, c'est évidemment d'avoir, grâce à FREUD, retrouvé le sens de son existence, et recouvré son vrai visage, celui de l'homme retourné à sa nature imaginaire. »

— D'autre part, la psychiatrie sociale qui a posé le principe d'une responsabilité éventuelle de la société dans le développement des maladies mentales. La culpabilité a changé d'objet : elle n'atteint plus le fou, mais la société tout entière.

On permet « la remise en cause des institutions, le mordançage pour les intérêts relationnels et l'angoisse dans la thérapeutique par le travail, ce que l'on appela la révolution psychiatrique » KLEIN J.-P.

Puis, les chimiothérapies apparurent et se multiplièrent rapidement, apportant un nouveau bouleversement à l'atmosphère de l'hôpital, transformant le rôle du personnel infirmier de gardien en soignant et permettant ainsi au psychiatre de « dépasser le mouvement démissionnaire même au prix d'un phantasme de puissance ».

C'est justement ce que nous voulons essayer de préciser dans la deuxième partie où nous verrons la place qu'occupe le médicament dans la pratique psychiatrique actuelle, par rapport au malade, au médecin et à l'équipe médicale tout entière.

DEUXIEME PARTIE

La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques.

Nous l'exposerons rapidement car tout cela a été déjà décrit brillamment par de nombreux auteurs.

Quand un malade vient librement consulter un psychiatre, il peut en attendre deux formes différentes d'aides. Parfois ce sera une intervention dont il n'aura pas à comprendre le mécanisme et qui le soulagera de façon quasi magique, sans impliquer sa personnalité. Ce malade-là attend la prescription de médicaments et risque de résister à toute autre thérapeutique.

Parfois, au contraire c'est tout autre chose que recherche le malade. Plus ou moins consciemment avec plus ou moins d'espoir, il espère que le psychiatre comprendra ses problèmes, en quoi consistent ses désirs et ses peurs, et qu'il obtiendra ainsi un dialogue.

L'attitude du psychiatre devra donc être différente dans l'un et l'autre des deux cas.

Depuis quelques années l'attention a été attirée sur l'importance des facteurs psychologiques dans la pratique médicale, en particulier depuis les travaux de BALINT et de TURQUET à la Tavistock Clinic de Londres. Les psychiatres n'y font naturellement pas exception : ils sont au contraire dans une situation particulièrement traumatisante car « ils doivent mobiliser au maximum leurs mécanismes de défense inconscients » ; chaque malade nouveau entrant dans le cabi-

net du psychiatre, que ce soit en pratique privée ou en pratique publique, est pour celui-ci une nouvelle charge sur ses épaules, un personnage qui va jouer un rôle dans une aventure nouvelle dont il est malaisé de prévoir le déroulement.

Devant chaque malade nouveau nous avons un choix personnel à faire, en fonction duquel la prescription du médicament sera, soit la suite naturelle d'une action psychothérapique commencée dès le premier entretien, soit au contraire le signe d'un renoncement à entrer dans le drame du patient.

De toutes façons pour BALINT « la réponse la plus courante aux plaintes du malade, et de loin, est de donner quelque chose au patient », un médicament qui va ainsi dès le départ, se trouver investi des motivations du « donnant » mais aussi des phantasmes que le malade y projettera en tant qu'objet reçu. On reconnaît que tout produit ordonné et pris à titre médicamenteux présente, outre son action pharmacodynamique, un effet qui pharmacologiquement parlant, n'est pas spécifique. C'est l'effet psychologique, les expériences sur les placebos en sont une preuve.

Le médicament est investi par le malade. Nombreux sont les exemples à citer.

Ainsi le médicament « bon objet » qui combattra la maladie « mauvais objet ».

Médicament investi en fonction de la charge affective dirigée sur son médecin : dans le cas du « bon médecin » le médicament sera considéré obligatoirement comme un « bon médicament » ; par contre dans le cas du « mauvais médecin » le médicament que celui-ci pourra prescrire sera source de malaises et d'aggravation.

N'oublions pas le médicament-écran qui rend la relation pauvre, stérile et parfois néfaste pour le malade : le trait d'union entre « médecin » et « malade » est remplacé par la drogue. La trilogie dont BALINT a étudié les liens devient alors une tétralogie : médecin-médicament-malade et sa maladie.

Nous voyons que le médecin n'est plus en prise directe sur son malade et le contact entre les deux passe à travers cet écran.

L'écran thérapeutique devient « l'alibi » de la relation. En quelque sorte le malade offre au médecin le symptôme contre lequel agira en retour le médicament offert par le médecin. Ainsi le psychiatre se dérobe plus ou moins inconsciemment derrière le médicament, n'engageant pas sa responsabilité. Inconsciemment, il peut même rejeter l'échec éventuel de la thérapeutique sur le compte du « mauvais malade ». Ainsi la maladie va continuer à harceler le malade dont l'attitude et ses variations vont être interprétées comme des effets du médicament. Le médecin ne pourra plus contrôler les liens de la relation qui va devenir stérile et le médicament inefficace, il deviendra un subsistut de relation réelle et un paravent pour ne point s'exprimer davantage.

On a aussi beaucoup parlé de ce type si connu de relation sado-masochiste qui s'établit à coups de symptômes et de prescriptions pharmaceutiques entre le malade et le médecin, « victimes enchaînées l'une à l'autre à leur insu par le tractus médicamenteux. Il s'agit en effet d'un enterrement de la relation médicale sous les fleurs bientôt fanées de la relation médicamenteuse ».

« A la limite ainsi les échanges ne se font plus qu'à travers et à propos du médicament, objet central, adoré ou abhorré, dont prescripteur et utilisateur ne sont plus que des satellites. P.-C. Racamier et L. Carretier.

Nous ne ferons que citer le médicament-lait, le médicament-béquille (squelette) et même le médicament-coup de poing.

Cependant, certains de ces investissements sont utilisables dans la relation thérapeutique et il est, on le sait, des moments où le malade psychotique ne peut se passer d'écran, de lait ou de béquille.

Le médicament est dont un médiateur. « Or, pour beaucoup de psychotiques, l'abord d'autrui comporte tant d'attente et tant d'angoisse que les médiateurs sont souvent les bienvenus dans la relation, non pour empêcher cette relation de s'établir, mais au contraire pour la faciliter en lui fournissant des canaux filtrants et organisateurs ». « Il n'est pas niable qu'un médiateur tel que le médicament

puisse prendre une fonction défensive, mais il est en matière de psychose des défenses utiles et structurantes P.-C. Racamier et L. Carretier.

La relation malade-médecin difficile, voire même impossible dans certains cas où le dialogue ne peut être noué, devient désormais possible et réelle par l'intermédiaire de la chimiothérapie. On peut parler « d'effet d'ouverture, voire d'effraction de la drogue » sur le psychisme du malade mental qui grâce à elle peut devenir perméable à la psychothérapie. Le médicament devient à ses yeux le symbole d'une sollicitude inébranlable du médecin à son égard, malgré les sentiments d'hostilité ou d'agressivité même qu'il pouvait avoir envers lui.

D'autres fois, le médicament peut devenir la preuve rassurante que l'angoisse ressentie, que l'incapacité à contrôler ses réactions et ses désirs sont bien des manifestations pathologiques qui relèvent du médecin puisqu'il a le pouvoir de les guérir. Ce pouvoir que nous avons vu parfois être un pouvoir « magique ».

Le malade rassuré et confiant réagira différemment :

— soit en prenant mieux conscience de ses véritables problèmes psychologiques en mobilisant ses défenses pour aplanir ses conflits,

— soit en prenant dès lors une position de dépendance infantile vis-à-vis du thérapeute.

Mais, certains médicaments ont une action spécifique que le malade ressentira, c'est le cas avec les neuroleptiques qui entraînent une nouvelle expérience corporelle, une modification du vécu corporel. Ainsi, le « syndrome neuroleptique » vécu par le malade s'investit de significations variables, devenant lieu électif des projections psychotiques et vécu aussi sur un mode relationnel comme vecteur de la présence du thérapeute, donc prélude déjà à une ouverture du dialogue.

Nous avons remarqué que les manifestations purement neurologiques comme l'hypertonie ou le tremblement, sont souvent vécues à distance alors que les symptômes qui comportent un aspect psycho-moteur (akinésie avec perte de

l'initiative motrice, hyperkinésie) sont plus proches de la personnalité et tendent au cours du traitement à devenir le support de significations variables. Par là, le syndrome psycho-moteur se trouve d'emblée intégré à la relation thérapeutique, c'est bien souvent à travers les effets secondaires du traitement que s'instaure le contact avec le psychotique. L'expérience corporelle peut ainsi fournir le support transitoire de la relation psychothérapique. Ainsi les crises « excito-motrices » avec les cristallisations délirantes et les dramatisations hystéroïdes qu'elles entraînent, paraissent constituer souvent des « moments féconds » de l'évolution thérapeutique et des points d'appel offerts à la relation psychothérapique.

Il y a modification globale du corps vécu offrant à la psychose des possibilités expressives nouvelles. L'intégration délirante des effets secondaires a été parfois vécue comme châtiment, persécution.

Nous voyons donc que les neuroleptiques ont souvent des effets secondaires qu'il est parfois nécessaire de rechercher pour atteindre l'efficacité thérapeutique.

Ils modifient la relation médecin-malade : vécus avec plus ou moins d'angoisse comme une modification corporelle, ces effets peuvent faire naître soit une attitude de reproche à l'égard du médecin, soit pensent certains auteurs, une culpabilisation du malade. Dans d'autres cas, l'angoisse née de ces effets secondaires lorsqu'elle atteint une certaine tension, incite les patients à se confier plus complètement au médecin, ouvrant ainsi des possibilités nouvelles des plus fructueuses à la relation médecin-malade.

Il ne faut pas oublier de dire que si le médicament peut être le vecteur des conflits les plus significatifs du malade, il peut aussi être celui des difficultés propres du thérapeute.

Il arrive aussi que le médecin prescripteur investit narcissiquement les médicaments qu'il donne : « nous donnons les médicaments que nous aimons et aimons ceux que nous donnons » P.-C. Racamier et L. Carretier.

Quand un malade pose au médecin un problème énigmatique ou angoissant, combien la tentation devient forte de

régler, c'est-à-dire de réduire ou de supprimer, ce problème par quelque bon neuroleptique !

Cette attitude se voit surtout dans le cas d'une agitation. Nous sommes alors tous tentés de prescrire la « pïqûre » et ensuite nous verrons ! Nous nous dérobons, nous n'avons pas le courage d'aller jusqu'au fond du problème, on calme le malade, on agit sur un symptôme, qu'on va mettre dans « une camisole chimique » et ici la relation ne peut être qu'extérieure, sans aucune prise sur la personnalité globale du malade.

Une angoisse traitée par un tranquillisant, une insomnie par un barbiturique, et ainsi de suite ! Mais cela suffit-il ? Nous ne le pensons pas. C'est presque toujours nécessaire mais jamais suffisant. Dans la relation malade-médecin, le médecin doit être vecteur du médicament et le médicament médiateur de la relation au médecin, et, plus généralement au personnel hospitalier.

En effet, comment peut se réaliser cette relation à l'hôpital et quelles sont les personnes susceptibles de réaliser ainsi une intervention psychothérapique ? Le personnel infirmier tout d'abord car c'est lui qui vit huit heures durant avec le malade et qui a la tâche de préparer et répartir les médicaments. Lui connaît, mieux que personne, les préférences du malade, ses réactions à telle ou telle prescription, son comportement dans le service et sa collaboration est précieuse à tout moment.

D'ailleurs, « l'expérience semble montrer que le malade pense obtenir plus facilement de l'infirmière que du médecin, une réponse à certaines de ses questions, et ne pas répondre c'est refuser au malade de se situer, de s'abstraire en renonçant à être pour lui une référence concrète... »

« La valeur de la relation avec l'infirmière réside précisément dans son aspect « quotidien » et compte tenu de ce qu'a d'artificiel la collectivité hospitalière, dans le poids de réalité que lui confère sa continuité. Le contenu verbal compte moins que la réponse globale faite de tout ce qui rend proche ou distant, direct ou fuyant, attentif ou distant, chaleureux ou réservé » P. Béquart.

Cet abord relationnel à visée thérapeutique peut être facilité par le médicament qui valorise la position des infirmiers en faisant des « soignants ».

Notre expérience nous a prouvé que c'est surtout durant « les cures de sommeil » que les infirmières ont vraiment l'impression de jouer un rôle thérapeutique. « L'intérêt des cures de sommeil où l'étroite intrication des ressources chimio et psychothérapiques permet aisément aux soignants d'accéder sans rupture à une compréhension plus large de leur rôle et du maniement des attitudes psychothérapiques ».

En effet, nous savons tous que les médicaments ne suffisent pas, il faut aussi tout un ensemble de précautions physiques et psychologiques, de mise en condition du milieu et d'attitudes soignantes pour qu'une cure de sommeil détermine les effets psychodynamiques qui lui sont propres, le rôle de l'infirmière n'étant pas exclusivement de gardiennage et de surveillance, mais aussi et essentiellement thérapeutique en prolongeant et complétant celui du psychiatre.

Ce rôle ne peut se concevoir sans une connaissance plus étendue et plus approfondie du malade et de ses difficultés. Nous n'insisterons pas sur cette fonction de présence, présence rassurante destinée à amorcer et à maintenir la régression, sur l'utilisation psychothérapique des gestes quotidiens (toilette, alimentation en particulier).

C'est pour cela qu'il est utile, comme le fait remarquer Klein, de tirer parti de tout : du rôle hypotenseur de tel neuroleptique (d'où surveillance de la T.A.), du risque hyperthermique de tel autre (d'où surveillance de la température) et de faire en sorte que chacun de ces petits actes s'inscrive dans un échange, une relation inter-humaine.

Là, le rôle du médecin nous semble très important s'il peut « soutenir la confiance en soi des soignants afin de développer leurs qualités thérapeutiques inhérentes » et leur faire oublier la vieille relation traditionnelle d'autorité-soumission entre lui et eux, entre eux et le malade.

Il est bien connu que la relation du soignant avec le malade dépend très étroitement de la relation du médecin avec le soignant et que la première ne peut guère être bonne quand la seconde est mauvaise.

Une bonne relation avec le soignant est parfois très difficile, se heurtant à pas mal de difficultés.

Ainsi à l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan qui a des caractéristiques bien précises : il est situé dans une zone essentiellement rurale où il est encore considéré par certains comme l' « asile » ou bien comme une importante source d'emplois. Jusqu'à ces dernières années la majorité du personnel infirmier était recrutée parmi les exploitants agricoles de la région, il n'était pas rare de voir le même homme le matin penché sur un malade et l'après-midi juché sur un tracteur. Autrement dit, pour beaucoup d'entre eux (pas tous heureusement) l'hôpital ne représentait qu'une deuxième source de revenus ! C'est alors qu'on se demanda si avec de telles motivations on peut arriver à faire du bon travail !

Fort heureusement ces temps sont révolus, le recrutement du personnel infirmier, sa sélection et surtout sa formation sont remis en question ; le concours d'entrée a été revalorisé, d'un niveau intellectuel plus élevé.

Nous pensons d'ailleurs que l'effort doit surtout se porter sur la formation du personnel et c'est sur le stage et la pratique que l'on pourra juger des qualités et surtout des qualités humaines de ce personnel.

Le personnel infirmier a un besoin de participation professionnelle qui souvent est assouvi par l'administration médicamenteuse ou l'exécution d'une cure déterminée qui sort des gestes propres à confirmer l'infirmier dans le sentiment de sa spécificité et de son efficacité professionnelle. C'est ainsi que l'exercice de la psychothérapie individuelle est à première vue frustrant pour l'infirmier : il a l'impression que la psychothérapie se déroule tout à fait en dehors et au-dessus de lui, sans qu'il puisse y participer que par des activités mineures, parfaitement secondaires. Parfois par crainte de nuire à la cure, il n'entretient plus de relation spontanée avec le malade, qui se trouve en fin de compte exclu et évité. Un sentiment d'inconnu et de curiosité anime parfois l'infirmier. Je me souviens de la réflexion d'une infirmière au sujet d'une malade suivie en psychothérapie par le « médecin-chef » : « Qu'est-ce qu'elle doit lui dire,

comment ça doit se passer ? J'aimerais pouvoir me mettre dans un trou de souris et regarder. » Certaines vieilles infirmières que nous avons interrogées nous ont dit combien leur vie professionnelle avait changé depuis l'introduction du largactil : « Avant on ne pouvait approcher les malades » et elles évoquaient alors certains aspects les plus significatifs de l'asile : agitation, coups, camisole, absence de liberté... » Aujourd'hui le médicament nous permet d'être plus près du malade et quand on est plus près de lui, il se passe des choses qui ne se passaient pas avant.

Ceci est le côté positif, le bon côté, mais il y a l'autre côté, le côté répressif où on « abuse », on « trompe » le malade. Il m'a été raconté qu'autrefois dans un service d'agitées, une infirmière (la surveillante) afin de neuroleptiser certaines malades réticentes, sans qu'elles s'en aperçoivent (pour avoir la paix, semble-t-il) leur donnait des oranges dans lesquelles elle avait injecté du Majeptil ! Lorsque l'interne passait la visite, ignorant tout cela, tout allait bien, les malades étaient « calmes », il avait rarement des problèmes à résoudre (le travail était déjà fait, les problèmes déjà réglés à l'aide du bon neuroleptique).

Il nous est arrivé aussi qu'étant l'interne de garde, l'infirmier « prenait le devant », ou nous téléphonait pour nous dire que le malade s'étant agité on lui avait fait un « Largactil Phénergan » ; on avertissait quand c'était déjà fait (c'est mieux, me direz-vous, que pas du tout !).

Rassurons-nous, tout ceci semble ne plus exister; nous pensons que c'était pour certains membres du personnel une « revanche » prise sur « l'époque dure » d'avant les neuroleptiques où ils étaient obligés de se promener avec la serviette dans la poche au cas où il faudrait bâillonner, ligoter un malade agité.

A l'hôpital psychiatrique le médicament est prescrit par le médecin-chef ou par l'interne, mais souvent sans que celui-ci précise au malade de quel médicament il s'agit, ce qu'il peut en attendre, ses heures de prise, et même les doses. Le rituel qui accompagne l'ordonnance de l'omnipraticien est ici absent et c'est l'infirmier qui bien souvent apportera au malade les précisions qu'il est en droit d'attendre du

médecin. En quelque sorte la prescription médicamenteuse est fragmentée et la relation se diversifie à travers plusieurs personnes et ainsi le malade ne trouve pas d'interlocuteur valable qui le prenne vraiment en charge. La prescription a suivi la voie « hiérarchique ». « Par ailleurs le malade entre en rapport non pas avec un médecin, mais avec tel ou tel représentant d'une fonction de la hiérarchie, il risque d'entrer en contact moins avec un être humain qu'avec un rôle (un objet partiel) ». GUYOTAT et coll.

Mais le malade est souvent, inconsciemment, manipulé par le médecin ou par l'équipe et ainsi réduit au rôle d'objet partiel. L'objet partiel ici n'est pas l'organe malade mais c'est la nosologie, le diagnostic, la maladie ; on parlera de la schizophrène de tel pavillon, de l'hystérique de tel autre ou encore du toxicomane qui était... La hiérarchie, la nosologie, la maladie, ne sont-elles pas des situations aliénantes que vit le malade ? — sans parler du fonctionnement en général de la « machine hôpital ».

Le médecin reste celui qui prescrit et celui qui décide (même s'il s'agit d'un véritable travail en équipe) si un malade va bien, est guéri, peut sortir, doit entrer ou rester à l'hôpital. Il a le « pouvoir ». Dernièrement un interne me succédant dans un service m'a dit : « Alors c'est aujourd'hui que tu me passes le pouvoir ? »

Il faut reconnaître que certaines basses besognes sont confiées au personnel infirmier ; si le médicament, comme on l'a déjà dit, peut servir de « coup de poing », le médecin prescrira le médicament mais l'infirmier sera chargé d'appliquer ce traitement répressif. Nous ne connaissons que trop cette équation dont nous avons parlé plus haut : agitation = piqûre ; lequel d'entre nous, étant jeune interne et novice en matière thérapeutique, ne se souvient-il pas de cette formule; lequel de nous ne l'a pas utilisée abusivement tout au moins au début de son internat ?

Mais combien est difficile parfois le rôle du médecin à l'hôpital psychiatrique. Michael BALINT dit qu'une des choses les plus difficiles à obtenir des médecins est qu'ils supportent que le malade soit malade. Or, pour un psychiatre, surtout quand il a la responsabilité d'un service hospitalier

la difficulté est encore plus grande, car supporter qu'un délirant délire, qu'un halluciné s'agite, c'est aussi supporter que l'atmosphère d'un service soit perturbée et que le personnel infirmier ait à en supporter les conséquences. Je me souviens de réactions assez vives de la part de certaines infirmières à l'idée de supprimer les médicaments de certaines malades : « On voit que vous n'êtes pas avec elles toute la journée. »

Aussi est-il tentant pour le médecin de prescrire les médications pour faire disparaître les inconvénients gênants de la maladie. Nous ne voulons pas faire le procès de la « camisole chimique » mais il faut reconnaître que c'est une grande tentation de rajouter à chaque visite, à chaque contact avec le malade, la petite dose supplémentaire au médicament qui obligera le sujet à rester tranquille. Mais dans les structures actuelles de l'hôpital psychiatrique, pouvons-nous faire autrement ? Nous pensons à Lannemezan où les unités de soins sont encore de 90-100 et 110 malades !

Bien sûr il y a les « chroniques », voilà ce qu'il ne faudrait plus entendre, car même s'ils sont étiquetés « chroniques », n'y a-t-il pas quelque chose à faire pour eux ? Ne doit-on pas disposer de notre temps pour eux aussi ?

Nous rappellerons le rôle important que joue le médecin dans l'équilibre institutionnel entre soignant et soigné, l'importance de la relation médecin-personnel infirmier. Le médecin devra savoir revaloriser le rôle de l'infirmier, faire de nombreuses réunions pour l'informer de la vie du service, des thérapeutiques, du rôle qu'il attend de lui, des attitudes à avoir à l'égard de telle ou telle malade, etc. En fait le médicament nous semble bien être un moyen d'approche du malade et un trait commun du travail avec le médecin.

Médicament-écran, médicament support des échanges agressifs à l'intérieur de l'institution, médicament-sanction, médicament-faiblesse, oui, il peut être tout cela, mais il nous semble que l'on pourrait faire l'effort d'éviter de s'en servir comme d'un bandeau pour se voiler les yeux devant la folie, ou du moins ce en quoi elle semble résider, et ne plus voir alors en lui que le médiateur qui facilitera, voire

permettra, selon l'usage que l'on en fera, une relation humaine entre le malade et autrui.

Nous avons eu l'occasion pendant trois années d'utiliser une forme particulière de médicament : neuroleptique dit « retard ». Cette présentation nous a semblé s'inscrire parfaitement dans le cadre de la politique actuelle de secteur et il nous est apparu qu'elle avait une bonne influence sur la relation médecin-malade.

TROISIEME PARTIE

UNE EXPERIENCE NOUVELLE : LE NEUROLEPTIQUE RETARD

Nous commencerons par un bref rappel sur le produit utilisé : le Moditen-retard ou Œnanthate de Fluphénazine.

Le but de notre travail n'est pas l'étude approfondie d'un produit, mais surtout de ses incidences relationnelles.

Neuroleptique incisif (dérivé de droite) l'Œnanthate est un sel de Fluphénazine obtenu par l'estérification de la Fluphénazine par l'acide heptanoïque puis dissous dans l'huile de sésame. C'est un liquide huileux, très gras, de couleur jaune, de densité élevée. Il s'hydrolyse lentement dans l'organisme en libérant la Fluphénazine qui se métabolise selon le schéma classique de la sulfoxydation.

L'Œnanthate n'est ni un produit retard, ni un produit à action retardée, c'est un produit à action prolongée. En effet, l'activité se manifeste dès la sixième heure et elle peut persister trois semaines, et dans certains cas un mois. Sa durée d'action dépend de la gravité de la psychose, de son moment évolutif, et de la posologie employée.

Ce produit est commercialisé en France depuis 1968, et présenté en :

— ampoules injectables intramusculaires, de 1 ml, dosées à 25 mg ;

— ampoules de 4 ml, dosées à 100 mg.

Le rythme optimum des injections est bi-mensuel, soit toutes les deux semaines. La posologie est très variable, elle est fonction du malade, et aussi fonction de la gravité et du moment évolutif de la psychose. Elle peut varier de 25 mg à 100 mg et même dans quelques cas jusqu'à 200 mg. Il a été constaté par MM. DELAY, DENIKER et PÉRIER qu'en quinze jours le malade reçoit sous forme d'Œnanthate la dose qu'il recevrait quotidiennement sous forme « normale » de bichlorhydrate. Donc, économie importante de « drogue » pour le malade qui n'est pas ainsi surdosé.

La cinétique d'action de l'Œnanthate est caractérisée par une dissociation nette entre les effets sédatifs et antipsychotiques.

L'effet sédatif est immédiat, durable, prolongé, comparable à celui de la Levopromazine. Il dure habituellement 48 heures après l'injection, exceptionnellement cet effet sédatif peut durer 4 ou 5 jours. Il tend à diminuer avec la répétition des injections.

Les effets neurologiques eux aussi apparaissent rapidement; ils consistent en dysesthésies et phénomènes excito-moteurs, en particulier des phénomènes d'impatience qui sont d'autant plus marqués que les doses employées sont plus faibles. Il semble indispensable d'adjoindre toujours à ce traitement des correcteurs anti-parkinsonniens. Les propriétés antipsychotiques et stimulantes de l'Œnanthate atteignent leur maximum vers le quatrième jour et persistent de dix à trente jours.

Quelles sont les indications de ce médicament ?

Il est particulièrement adapté au traitement des psychoses chroniques, schizophrénies, et délires chroniques.

Les auteurs dans l'ensemble préfèrent l'employer après essai avec la Fluphénazine orale, ce qui permet de fixer avec souplesse une posologie adaptée.

Certains états maniaques graves peuvent être traités, également certains cas de « déséquilibre psychique », enfin au cours de cures de désintoxication alcoolique, à petites doses (25 à 50 mg), chez des sujets présentant d'importants troubles caractériels.

Certains auteurs l'ont utilisé au cours de psychoses aiguës mais elles ne semblent pas constituer une indication favorable compte tenu de la lenteur et de l'irrégularité possible d'absorption du produit retard.

Nous ne ferons que citer les autres neuroleptiques retard, n'ayant jamais eu l'occasion de les utiliser. Ce sont :

— Le Décanoate de Fluphénazine (résulte de l'estérification de la fluphénazine par l'acide décanoïque).

Posologie et durée d'action sont comparables à celles de l'Œnanthate, la durée d'action moyenne est peut-être un peu plus longue, 21 jours au lieu de 15. Mais, l'intérêt de ce nouveau neuroleptique retard découle de sa parfaite tolérance aux faibles doses (de 1/2 et 5 mg) ;

— La Pipothiazine a donné naissance à deux neuroleptiques à action prolongée : le 19.551 RP dont l'action se prolonge environ 15 jours et le 15.552 RP ou ester palmitique de pipothiazine dont l'activité se poursuit environ quatre semaines.

Nous avons pu suivre personnellement, depuis trois ans environ, une soixantaine de malades ayant reçu du Moditen-retard.

Voici les *quelques réflexions* que nous avons pu tirer de cette expérience. Tout d'abord :

1. — EN MILIEU HOSPITALIER :

Nous allons voir les avantages d'un traitement forme retard se situant dans le cadre des structures actuelles de l'Hôpital de Lannemezan, les différentes attitudes du médecin, de l'équipe soignante, et enfin du malade vis-à-vis de cette nouvelle thérapeutique.

— L'un des premiers avantages, c'est la certitude pour le médecin que le malade reçoit bien la dose de médicament qui lui est prescrite, car nous n'ignorons pas qu'au moins 20 % des médicaments prescrits oralement ne sont pas ingérés par les malades.

Un autre avantage de ce traitement c'est de libérer certains malades hospitalisés depuis longtemps, des malades dont parfois on n'aurait jamais pensé qu'ils puissent sortir. Ainsi, pendant l'hospitalisation, les sorties temporaires pourront être plus facilement accordées, elles seront plus sûres, prépareront mieux la réinsertion familiale et sociale des malades, et élimineront le risque grave de la réaction suicidaire ou anti-sociale.

Les exemples sont nombreux. Nous citerons ici le cas de Mlle S... A..., âgée de 34 ans, célibataire. Hospitalisée depuis l'âge de 25 ans pour schizophrénie à forme simple, tout d'abord en clinique privée où elle fit plusieurs tentatives d'autolyse, puis transférée à l'Hôpital de Lannemezan afin d'entreprendre une cure de Sakel, en 1965.

Elle se présentait alors comme une schizophrène avec apragmatisme, lectuarisme, refus quasi complet d'aliments, tenue négligée, autisme, isolement. Elle se montra plusieurs

fois agressive vis-à-vis du personnel et opposante pour les soins, crachant ses médicaments. Plusieurs thérapeutiques ont été entreprises : cure de Sakel, sismothérapie, différents neuroleptiques mais sans effet durable sur son comportement. Un traitement par Moditen oral est entrepris, puis on passe à la forme retard à raison de 75 mg tous les quinze jours.

Peu à peu, son état s'améliore, elle s'isole moins, accepte plus facilement la nourriture, sans toutefois vouloir prendre ses repas à table. Consent à avoir une petite occupation : elle répond au téléphone chez le dentiste de l'Hôpital. Devient alors plus coquette, sourit, son visage est détendu.

Des sorties de deux ou trois jours dans sa famille (qui sont des gens assez frustres, d'un niveau mental bas) se font de plus en plus fréquentes et se passent bien. Une sortie définitive est envisagée le 25 janvier 1969. Elle revient régulièrement à l'Hôpital tous les 15 jours pour sa « piqûre ».

Son état se maintint ainsi pendant deux ans, puis elle rechuta avec les mêmes symptômes : anorexie, apragmatisme, mutisme... Réintégration à l'hôpital, mais séjour de trois mois seulement.

Actuellement, Mlle A... est suivie régulièrement, vient toujours à l'hôpital pour son traitement. Elle a donc passé dix années de sa vie en milieu psychiatrique. N'est-ce pas une réussite que de l'avoir fait sortir, même au prix de quelques petits retours à l'hôpital ?

La sortie de telles malades permet un encombrement moindre des services, ce qui, ajouté à l'allégement des tâches médicamenteuses, entraîne une plus grande disponibilité du médecin et du personnel soignant, et devrait faciliter le contact avec les malades, la psychothérapie.

Nous avons noté que sous Moditen-retard, beaucoup de malades sortent de leur isolement, viennent voir médecin et infirmières, parlent plus facilement, et surtout expriment à nouveau des thèmes délirants donnant sur ce délire la clef d'apragmatisme ou de gestes presque banaux dont on a méconnu l'importance. Au fond, la réduction du délire paraît tout à fait secondaire et l'essentiel paraît bien être l'amélioration de la relation.

Nous pensons à Mlle A... F... jeune femme de 40 ans, hospitalisée depuis de nombreuses années. Elle a depuis lors été considérée comme une schizophrène et traitée comme telle, tant par son milieu socio-familial que par l'organisation hospitalière, c'est-à-dire qu'à côté du rejet habituel, elle a été traitée par tous les moyens classiques : isolement, sismothérapie, chimiothérapie, cure de Sakel. Dans le cadre de la chimiothérapie, elle a reçu à peu près tous les grands neuroleptiques usuels : en particulier Chlorpromazine et Thiopropérazine. Elle vivait et vit encore d'ailleurs dans un monde délirant, extrêmement riche, d'autant plus riche que Mlle F... est d'un haut niveau intellectuel.

Elle menait donc cette vie délirante infinie, ne connaissant pas de limites, faisant l'expérience dans une joie ineffable de la présence de Dieu, vivant des angoisses inconnues et inapaisables. Bien évidemment la confrontation avec notre monde, et notre monde hospitalier en particulier, provoquait des chocs éclatants, et Mlle F... fut longtemps considérée comme une des grandes « agitées » de l'hôpital, agitation qui fut l'objet essentiel des préoccupations thérapeutiques car le délire n'intéresse guère que comme preuve clinique de la nécessité de la thérapeutique. Le traitement s'effectua donc avec plus ou moins de bonheur, mais c'est surtout grâce à une certaine libéralisation des institutions et aussi sans doute à une certaine résignation de Mlle F... que depuis quelques années, les rapports entre elle et la société qui l'entoure sont devenus moins explosifs.

Jamais, du reste, les thérapeutiques n'ébranlèrent le vécu délirant, vécu dont nous pouvions prendre conscience de la richesse à travers une abondante et surtout très belle production littéraire et picturale. Cependant, ces thérapeutiques ayant d'une part un effet sédatif incontestable, jouaient d'autre part un rôle assez spécifique : ces thérapeutiques et les troubles neurologiques secondaires qu'elles provoquaient, étaient transformés en support de la rationalisation du délire. Ils étaient la cause de tout, surtout de ses terreurs et de ses angoisses, et à travers eux étaient mises en accusation notre propre relation avec elle et notre répression. Ils lui permettaient aussi de projeter hors d'elle son délire, d'en démissionner en quelque sorte, d'apaiser ses angoisses.

Nous avons tenté d'arrêter toute thérapeutique chimique, mais celle-ci fut remplacée par Mlle F... par des médicaments fantasmatiques (dans les aliments, sur sa chaise, dans la relation avec tel ou tel membre de l'équipe infirmière, etc...) ceci ajouté au fait que la sédation psychique avait disparu et que l'arrêt de la thérapeutique provoquait une forte réaction agressive de l'équipe, nous forçant à céder et à revenir à la relation seule autorisée dans une telle institution : domination-soumission.

Nous redonnâmes des sédatifs par voie buccale, qui furent vite refusés par Mlle F... C'est alors qu'on entreprit d'essayer pour elle le Moditen-retard, pensant que les injections très espacées limiteraient les risques d'une relation trop sado-masochiste, tout en apportant la sédation nécessaire au rétablissement d'une bonne relation au sein de l'institution. On a abouti, sur ce point, aux résultats escomptés : les infirmières du pavillon sont satisfaites, l'ordre n'est pas troublé, la sédation psychomotrice nous donne une Mlle F... douce, souriante, conversant facilement et gentiment avec tous, moins angoissée, se reposant en partie sur nous pour vivre son délire toujours aussi vivace et riche.

Cependant, les troubles neurologiques secondaires, sans être extrêmes, sont gênants : sensation de malaise intense (mais n'est-ce pas toujours cette même projection rationalisante que nous avions déjà constatée ?) nettement plus forte pendant les 48 heures suivant l'injection, et surtout troubles oculo-moteurs qui la poussent à venir demander quotidiennement la reprise de la relation conflictuelle avec l'équipe à travers des injections de correcteurs anti-parkinsonniens, car, bien qu'elle se retrouve avec les fesses totalement parcheminées, elle n'accepte aucun autre mode d'administration que la voie intramusculaire.

Donc, en résumé, sur l'action médicamenteuse qui nous intéresse :

— Sédation psychomotrice, action très nette sur le comportement ;

— Amélioration unilatérale de la relation (du côté de l'équipe) cependant que le médicament et sa prescrip-

tion n'ont pas résolu de façon satisfaisante le problème de la relation sado-masochiste ;

— Un point important pour nous (mais qui peut paraître paradoxal) : le respect du délire — le médicament ne s'est donc pas comporté en agent aliénant ;

— Les troubles secondaires sont en grande partie responsables, dans ce cas, du caractère encore insatisfaisant de ce demi-succès.

Une attitude dont le médecin doit se défendre, c'est qu'à l'occasion d'une nouvelle thérapeutique, nous avons tous tendance naturellement à choisir d'abord comme indication ces malades qui nous désespèrent, qui constituent le sédiment des services et il n'est donc pas étonnant que nous ayons commencé par les schizophrènes chroniques, c'est-à-dire enracinés, et puis peu à peu le champ s'élargit, les indications se précisent et se font plus nombreuses : nous pensons aux formes névrotiques, aux caractériels, alcooliques, etc., et peut-être à la psychiatrie infantile, mais nous n'avons sur ce sujet aucune expérience personnelle.

Nous voyons donc que le médecin doit éviter certaines tentations dangereuses.

Ainsi, la première serait sans doute de la part du médecin de « rejeter » son malade : on est tranquille, on lui a donné une bonne camisole, il n'est plus besoin de s'en occuper.

L'autre serait, nous l'avons déjà vu, de faire du Moditen-retard le médicament des malades auxquels on n'a pu faire accepter un traitement oral, de ceux qui ont « triché » en n'ingérant pas les médicaments, de ceux qui ont « résisté » aux autres neuroleptiques, de ceux aussi qui ont mal « gratifié » leur thérapeute.

Un point qui nous paraît avoir de l'importance, est celui de l'assentiment du malade à cette thérapeutique, car les effets du produit retard se poursuivent, que le malade le souhaite ou le refuse ; l'arrêt du traitement ne lui appartient pas et échappe au thérapeute d'ailleurs : il s'agit bien là d'une atteinte à la liberté du malade.

Il nous est arrivé parfois de traiter certains malades contre leur gré mais nous ne nous y résignons que lorsque aucun autre choix est laissé; pour les autres, il nous paraît légitime et nécessaire de les avertir de toutes les implications du traitement que nous mettons en œuvre (nous verrons plus loin que cette information doit également s'étendre aux familles).

Nous pouvons donc dire que parfois la pratique des injections retard représente un prolongement de l'attitude autoritaire hospitalière. Certes, il vaut mieux pour le malade être soigné « de force » que courir le risque d'un placement d'office ou d'un séjour sans fin à l'hôpital psychiatrique.

Il est certain que le psychiatre doit savoir assumer, en toute conscience, quand il le juge nécessaire, un rôle « coercitif », encore faut-il qu'il ne s'en cache à lui-même toutes les implications.

Nous avons connu ce problème au sujet d'une jeune femme de 35 ans, Mlle J... T... célibataire, étiquetée : schizophrénie paranoïde, traitée à Lannemezan à plusieurs reprises depuis cinq ans environ. Mlle T... vit seule avec sa mère dans un petit village de montagne. Elle est fille unique. Son père est décédé alors qu'elle était enfant. Chez elle, a une petite activité, aide sa mère aux travaux de jardinage, élève quelques volailles.

Mlle T... passe des périodes où elle se montre très impulsive envers sa mère, voire même dangereuse. Un jour elle tenta de mettre le feu à la maison, prit les économies de sa mère et les cacha, s'enferma toute seule dans la maison, ne laissant à sa mère aucune possibilité d'y pénétrer.

Mlle T... avait été traitée dans un autre service de l'hôpital par Moditen-retard. Ce traitement avait très bien réussi et elle a pu rester chez elle pendant plus de deux ans sans qu'il y ait aucun incident. A été suivie régulièrement au dispensaire, mais aussi et surtout par son médecin traitant qu'elle allait voir très régulièrement pour la piqûre. Celui-ci avait d'ailleurs sur elle une influence certaine, la connaissant depuis sa plus tendre enfance, jouant probablement un rôle paternaliste qui était très favorable (nous reprendrons plus loin cette observation).

Or, un jour ayant arrêté de prendre un correcteur, celle-ci présenta des troubles secondaires à titre d'impatiences au niveau des jambes. Elle alla au dispensaire, vit un autre médecin (il y avait eu entre-temps changement) qui ne la connaissait pas et qui, vu les troubles secondaires, arrêta le traitement retard pour lui prescrire un neuroleptique par voie orale.

Mlle T... prit ses médicaments pendant quelque temps puis cessa ensuite tout traitement, ce qui entraîna chez elle une rechute avec comportement dangereux vis-à-vis de sa mère et on eut recours, une fois de plus, à un « placement d'office ».

A l'hôpital, Mlle T... se montre très réticente, impénétrable, refuse de nous parler, de nous raconter ce qu'elle a fait chez elle. Très vite son état s'améliore, elle devient plus ouverte, le contact est meilleur, mais elle refuse alors de reprendre le Moditen-retard : « Je ne veux plus de cette piqûre, je ne la supporte pas. » Malgré notre insistance, elle s'oppose absolument à ce traitement. Nous cédons et nous la remettons aux neuroleptiques par voie orale. Elle sort donc avec ce traitement, nous insistons pour la revoir en dispensaire et aussi pour qu'elle garde contact avec son médecin traitant (lequel regrette beaucoup que l'on ait abandonné le Moditen-retard) .

A peine était-elle sortie, Mlle T... consulte un « spécialiste pour le cœur » car elle ressentait des angoisses et des étouffements. Celui-ci modifie le traitement. Mlle T... ne revoit pas son médecin traitant.

Or, deux mois après, réintégration à l'Hôpital psychiatrique de Lannemezan. Et, c'est alors que nous adoptons à son égard une attitude plus ferme, voire plus « autoritaire » et nous lui administrons alors une injection de Moditen-retard sans lui demander son avis, son « assentiment ». Nous la voyons tous les jours, ayant avec elle de fréquents entretiens. Le contact s'établit petit à petit, puis la confiance vint, et Mlle T... finit par réclamer elle-même la reprise du traitement par Moditen-retard (car nous avions volontairement évité d'aborder le problème du traitement et elle ne se savait pas sous Moditen-retard). Elle avait compris que pour elle

la seule possibilité de vie « hors de l'hôpital » était liée à la prise continuelle de médicaments. Elle a réclamé sa sortie que nous lui avons accordée il y a maintenant trois mois.

Ceci illustre bien le rôle « coercitif » que nous devons parfois jouer, mais je pense que l'essentiel est d'écarter résolument la tentation de considérer le malade, en particulier le psychotique, comme incapable d'accorder une participation active, une adhésion effective et coopérante à l'acte médical.

Tandis que l'état mental du malade s'améliore, l'assentiment doit progresser aussi pour devenir plus libre, plus conscient, plus sainement motivé.

Nous voyons donc que le médecin, vis-à-vis du neuroleptique retard, se trouve dans une situation particulière. Il n'est plus question de se satisfaire et de se protéger en augmentant ou diminuant ce traitement et faire ainsi « semblant » de soigner le malade mental.

Nous avons vu que ce médicament, une fois injecté, agit de façon inconnu, presque magique et qui ne peut être modifié. Le médecin se retrouve être une sorte d'apprenti sorcier et s'il veut contrôler les conséquences de son acte (la prescription du neuroleptique retard) et agir, il ne lui reste que la possibilité d'être attentif, il ne peut plus se dérober derrière un médicament (écran).

— Voyons maintenant le rôle du neuroleptique retard dans la relation au niveau du malade, c'est-à-dire les différents investissements, les divers types d'attitudes.

Certains, les délirants par exemple qui refusent de se considérer malades, arrivent à accepter volontiers l'injection de neuroleptiques retard parce que, déclarent-ils, ils « se sentent mieux ». Incapables d'expliciter cette amélioration subjective et sans arriver encore à prendre conscience de leur état morbide, ils acceptent mieux la piqûre qu'ils ne le faisaient pour l'absorption orale quotidienne des comprimés.

L'injection représente une « médicalisation » d'autant mieux acceptée qu'elle succède à une astreinte quotidienne qu'ils toléraient mal. Certains de nos psychotiques ont éprouvé le

besoin de rationaliser cette attitude par des formules diverses : « ça remonte », « c'est une vitamine », « c'est un fortifiant », « ça renforce le traitement ». On a pu dire que l'injection de neuroleptique retard était, dans de tels cas, « mieux acceptée que le forcement de l'oralité ». Ils acceptent la piqûre bimensuelle comme une contrainte moindre. Cette injection est alors vécue comme un acte médical beaucoup plus valorisé qu'une simple prescription orale.

Pour beaucoup, une piqûre est beaucoup plus efficace et moins nocive qu'un médicament par voie orale. « Il apparaît pour le malade que cette prescription, par exemple une injection unique tous les quinze jours, ne saurait avoir les répercussions graves qu'il est toujours enclin à imaginer dans son esprit, c'est ainsi qu'il pense (et ceci se fonde sur une part de réalité) que les neuroleptiques par la bouche ou en injection vont diminuer ses forces physiques pour travailler, morales (pour lutter contre les impressions de transformation de la réalité qu'il a déjà ressenties et qu'il impute à des tierces personnes), sexuelles (ce qui est malheureusement fréquemment le cas avec tous les neuroleptiques). Avec l'Œnanthate de Fluhénazine l'occasion pour le malade de se rappeler l'action qu'il considère comme néfaste du médicament est en somme réduite au minimum. » P. A. Lambert.

C'est pour le malade le problème d'une authentique gratification grâce à cette voie d'administration.

Drogue=poison. Cette équivalence n'est pas sans ambiguïté. En effet, le poison c'est quelque chose qui fait du mal et qui tue brutalement, ou au contraire, qui insensiblement ronge et achemine vers la mort dans une déchéance progressive. Or, le poison est utilisé depuis fort longtemps, souvent à doses « homéopathiques ». On utilise le mal pour se protéger contre le mal.

Ainsi donc, surtout autrefois, un médicament n'était considéré comme actif que si ces critères étaient défavorables. Nous avons vu dans notre première partie, que la maladie elle-même était reliée au péché, au mal, elle est donc comme une punition et le médicament comme un rachat. C'est un aspect du mystère qui entoure la notion de médicament.

« Le mauvais goût d'une drogue est le signe de sa force et de sa vertu. » R. BRUN.

La forme, la couleur, la taille, le goût, l'odeur, font que la drogue plaît ou ne plaît pas. Il y a le problème de l'oralité : l'absorption buccale a des vertus bien souvent bénéfiques, neutralisantes vis-à-vis du poison lui-même. Qui n'a pas vécu, ou vu une mère embrasser le doigt contus de son enfant en disant : « Voilà c'est fini, le mal est parti ». De là à penser que l'on absorbe un médicament-poisson pour le neutraliser, il n'y a qu'un pas.

Les laboratoires ont fait des efforts pour masquer, parfumer, colorer le médicament, c'est espérer vainement tromper le malade. La valorisation ressentie par l'injection intramusculaire se voit en partie explicable : le malade n'est plus trompé. Ce mode d'administration est direct, sans détour, sans ambiguïté.

Il ne s'agit plus d'un médicament-poisson neutralisé, mais d'un médicament à part entière. Et d'ailleurs cet aspect n'est-il pas renforcé lorsque — et c'est bien souvent le cas — le malade doit se soumettre à une thérapeutique associée : antiparkinsonnienne. Les traitements associés sont généralement très bien acceptés, constate P.-A. LAMBERT, du fait qu'ils libèrent le malade des troubles qu'il ressentirait s'il ne prenait pas les médicaments complémentaires. Tous les malades plus ou moins rapidement savent que lorsqu'ils ne prennent pas ces drogues, ils deviennent moins alertes, plus soudés et même leur vie psychologique participe à ce ralentissement moteur. Le médicament-poison parce qu'absorbé par voie buccale est réinvesti comme « bon objet » et peut aider même le malade à oublier que l'injection-médicament le soumet à des effets secondaires gênants.

Mais pour d'autres malades au contraire le recours à la forme injectable peut être à l'origine de divers types de réactions négatives :

— S'agit-il pour certains habitués des neuroleptiques quotidiens *per os* d'une véritable frustration orale ? Certains ont exprimé l'idée « qu'on ne les soignait plus » à partir du moment où leur traitement se bornait à une piqûre intra-

musculaire tous les quinze jours. Cependant ces réactions sont tout de même rares.

Dans d'autres cas c'est l'introjection du Moditen qui est mise en cause. Ils ne peuvent supporter la « permanence » du produit dans leur organisme.

« Alors, si ça ne marche pas, que vais-je devenir, vous ne pouvez pas me l'arrêter ? »

Cette question est relativement fréquente, d'où à notre avis nécessité de l'assentiment du malade.

Enfin pour certains malades, contrairement à l'absorption orale régulière qui pour eux d'une certaine façon représente authentifie ou symbolise la présence et l'action du médecin (facilitant ainsi une certaine prise de conscience de l'état morbide), l'emploi de la forme injectable peut aller dans le sens du rejet de la maladie. Ils supportent mal de voir leurs problèmes thérapeutiques résolus ou abordés par le biais d'injection : pour certains même c'est là l'occasion d'une recrudescence délirante avec émergence de multiples phantasmes d'agression. D'ailleurs, sans aller jusqu'à entraîner la résurgence d'un délire, l'injection, même minime, peut être vécue comme un mode de relation sado-masochiste et constitue une contre-indication.

Nous voyons donc que si le recours à la voie injectable retard paraît souhaitable pour de nombreux malades, il en est pour lesquels maternage et oralisation s'avèrent un stade utile.

— Abordons maintenant l'attitude du personnel infirmier vis-à-vis du neuroleptique retard.

Ce mode nouveau d'administration lorsqu'il s'adresse à des malades chroniques et non plus à des cas aigus où souvent l'injection n'était en somme que prétexte coercitif (comme nous l'avons dit au chapitre précédent), ce mode donc facilite le problème de la « distribution des médicaments ». A la suite de nombreux auteurs nous évoquerons la « scène de la potion » qui met si bien le doigt sur l'une des aliénations du malade, éclaire également l'un des rôles aliéné et aliénant de la soignante dont on ne connaît que

trop l'image : celle où elle est représentée assise devant une cinquantaine de gobelets et ses multiples flacons, comptant et recomptant gouttes et comprimés, jouant du charme ou du chantage avec telle ou telle malade ou au contraire, présentant une attitude autoritaire envers telle autre, corvée qui, renouvelée jour après jour, rétrécit encore le temps qui pourrait être consacré à des tâches plus directement relationnelles.

Ainsi ce rituel humiliant et parfois exaspérant, qu'est la distribution de la ration médicamenteuse est allégé. La soumission orale du soigné au soignant, mal vécue par les uns et par les autres avec les vérifications quasi policières qui l'accompagnent, n'ont plus leur raison d'être. Au moment où les malades sont rassemblés pour les repas et où l'agitation est souvent latente, les soignants apprécient d'être dispensés de ces conduites parfois coercitives et toujours infantilisantes. Une petite enquête menée dans le service nous a montré combien l'infirmière se sentait libérée de son rôle de policier : « On a l'impression de jouer au gendarme, c'est très désagréable... Pour la piqûre de Moditen-retard, les malades ne font pas de difficulté. »

Aucune des infirmières interrogées n'a ressenti cette nouvelle thérapeutique comme une thérapeutique agressive.

Ainsi l'infirmière peut se rendre plus pleinement disponible à la relation psychothérapique avec le malade : il y a donc une nette amélioration des relations soignants-soignés et ainsi amélioration du climat pavillonnaire.

2. — EN MILIEU EXTRA-HOSPITALIER

L'introduction des neuroleptiques retards pose, nous semble-t-il, certains problèmes nouveaux, en particulier des problèmes « d'assistance extra-hospitalière ».

Il est évident qu'on ne peut utiliser cette thérapeutique qu'après l'avoir essayée chez un malade, soit à l'hôpital psychiatrique, soit en clinique privée, faire la première injection en clientèle paraît très imprudent. A notre avis le minimum de temps nécessaire est un mois, soit le temps

de pratiquer au moins deux injections et c'est bien le minimum, afin de pouvoir équilibrer le malade.

Lorsqu'un malade sort de l'Hôpital nous le revoyons en *consultation de post-cure,* le plus souvent en dispensaire, ou à l'hôpital lorsque le malade le demande.

Il nous a paru intéressant d'utiliser lorsque nous le pouvions, cette consultation de post-cure pour renouveler l'injection de neuroleptique retard ; ainsi le médicament sera intégré et non exclu de la relation thérapeutique, le traitement clinique se fait en même temps que le traitement psychologique et non plus par l'intermédiaire d'une ordonnance. Cette formule consolide encore plus étroitement qu'en milieu hospitalier, le lien de la psychothérapie et de la chimiothérapie.

Le médicament reste intégré au médecin qui, comme le dit M. Deniker, « est entré sans effraction dans la sphère relationnelle du malade ». L'injection est présente à part entière dans la relation. Le malade vient en dispensaire « pour » y recevoir « son injection », où vient à l'hôpital à un membre du personnel pratique cette injection, renouant ainsi une relation déjà établie lors de l'hospitalisation ; mais nous avons toujours essayé de « saisir l'occasion » pour revoir la malade, garder le contact avec elle.

Cependant jusqu'à ces derniers jours nous avons souvent éprouvé des difficultés pour suivre les malades en dispensaire, celles-ci étaient vues parfois par d'autres médecins. Or, à Lannemezan ce problème se règle actuellement par la sectorisation des services et par la création de nombreux dispensaires. D'autres réalisations sont certainement encore à envisager telles que la création d'hôpitaux de jour, la formation d'infirmières visiteuses, etc. Car jusqu'à maintenant la seule aide que nous avions était celle de l'assistante sociale du service qui, naturellement, se trouvait très vite dépassée devant de trop nombreuses tâches et surtout devant un travail trop dispersé. La situation se trouve actuellement modifiée puisqu'elle aussi suit le mouvement de la sectorisation, faisant ainsi avec le médecin une équipe (bien incomplète nous semble-t-il, car comme nous l'avons déjà dit nous avons « fonctionné » sans même la collaboration d'un ou d'une psychologue !)

Vu l'absence d'une équipe médico-sociale, c'est donc dans la plupart des cas, au médecin traitant que revient le soin de pratiquer l'injection retard. Il nous semble intéressant d'approfondir un peu cette question.

C'est donc par le *médecin généraliste* que se fait la continuité des soins. Nous devons collaborer avec celui-ci et il nous semble essentiel de le faire dans de bonnes conditions. C'est à nous psychiatre de l'informer non seulement de l'état de la malade mais de la modalité du traitement. Pour cela nous devons faire une lettre détaillée ou même avoir avec lui une relation téléphonique.

Il n'y a pas si longtemps encore les généralistes n'avaient droit à aucune « publicité » concernant le Moditen-retard et le manque d'information était parfois à l'origine de graves erreurs : certains furent effrayés par la posologie et se disant peut-être qu'on s'était trompé, réduisirent de six ampoules à une ou bien firent une ampoule par jour.

Les laboratoires l'ont bien compris puisqu'ils envoient actuellement à tous les médecins généralistes une brochure faite par P.-A. Lambert assez détaillée sur les neuroleptiques en général, leurs inconvénients, les effets émergents et la façon de s'en servir sans omettre un article sur le neuroleptique retard. Je ne pense pas que pour autant le généraliste voudra « traiter » lui-même le malade sans aucun contrôle psychiatrique.

Je crois que d'une manière générale on néglige le médecin-traitant. Il est bon pour envoyer le malade à l'hôpital, pour faire le certificat d'internement, s'il y en a un, pour l'envoyer en service libre, et puis c'est fini. Le neuroleptique retard devient autre chose. Et souvent il est bon pour voir en catastrophe un malade dyskinétique, figé, etc. et nous pouvons comprendre pourquoi il arrête alors le traitement.

L'immense majorité des médecins installés depuis longtemps ne connaît rien à la psychiatrie, rien aux thérapeutiques psychiatriques, mais on ne peut pas le leur reprocher si on ne les informe pas au maximum et même il faudrait créer des petits groupes, susciter des rencontres, avoir des discussions. Nous avons avec les médecins-traitants les relations que nous méritons.

Cette information nous paraît absolument nécessaire et nous avons toujours en mémoire cette observation relatée par M. WILKING lors d'un symposium sur le Moditen-retard à Toulouse en mai 1970.

...« Mlle T... entre pour la première fois à l'hôpital psychiatrique en mars 1966, âgée de 28 ans, pour des troubles existant depuis une dizaine d'années. Il s'agit d'une schizophrène qui présente un délire de structure paranoïaque, à thème mystique, d'influence et de persécution avec des hallucinations auditives et des cénesthopathies. Stabilisée par un traitement neuroleptique, elle sort au bout d'un mois puis est hospitalisée une deuxième fois d'août à décembre 1966. Suit alors une longue période où la malade, équilibrée avec de la thioridazine, venant régulièrement en consultation, mène une vie pratiquement normale et exerce un travail à mi-temps. Mais en juin 1969 elle doit être réhospitalisée pour comportement agressif envers ses parents (bat son père et répète à sa mère : « Tu ne crèveras donc jamais » etc.) qui sont eux-mêmes très déprimés. Ce changement d'attitude s'est produit après arrêt de la thioridazine par le médecin-traitant qui l'a remplacée par un thymo-analeptique, sans pour autant d'ailleurs qu'il y ait eu épisode dépressif mais tout simplement parce que la malade ayant eu la grippe, le médecin pensait que les neuroleptiques devaient être arrêtés... A nouveau sous neuroleptique, elle sort sur sa demande et c'est en octobre 1969 que nous faisons sa connaissance. Nous la trouvons alors extrêmement délirante : a eu par Dieu la révélation suivante : « la jeune fille locataire de ses parents (une infirmière) est la réincarnation d'Hitler et son père ayant dû être collaborateur pendant la guerre, a une nette préférence pour cette jeune fille... alors que celle-ci pourrait déclencher les pires catastrophes...» La conséquence en est un comportement extrêmement agressif envers ces deux personnes. Nous devons la revoir plusieurs fois en consultation avant qu'elle n'accepte l'hospitalisation pour équilibrer son traitement qui nous semble insuffisant (un comprimé de thioridazine 50 par jour). Elle accepte alors 300 mg de chlorydrate de fluphénazine par jour. Le comportement se normalise, mais la malade devient réticente, se plaint de troubles somatiques divers (qui disparaissent dès qu'on la rassure), se sent très fatiguée par

cet « énorme traitement » et réclame sa sortie. Craignant un abandon du traitement (puisque ni la malade ni sa mère n'ont conscience de sa maladie « elle est seulement un peu énervée lorsque son père la contrarie...») nous instituons un traitement par l'O.F. en décembre quelques jours avant sa sortie et envoyons une lettre détaillée et précise sur les modalités de ce traitement et tous les éléments nécessaires pour le mener à bien. Deux mois plus tard, nous la voyons en consultation, présentant un syndrome extrapyramidal extraordinaire : elle s'était plainte de fatigue et le médecin traitant avait arrêté le trihexyphénityle. Nous renvoyons donc une lettre détaillée au médecin, lui précisant que nous sommes toujours à sa disposition pour lui donner tous les renseignements qu'il pourrait désirer.

C'est en mars 1970 que nous devions apprendre par le journal local la fin de cette histoire : la malade s'est suicidée en se faisant brûler vive. Après enquête nous avons appris que l'O.F. avait été arrêté et qu'elle ne recevait plus aucun neuroleptique ».

Fort heureusement nous n'avons jamais connu de pareilles tragédies.

La collaboration de certains médecins nous a paru très réconfortante; ainsi, comme nous l'avons vu précédemment pour M^lle^ T..., le médecin-traitant avait très bien compris que c'était pour elle le seul mode de thérapeutique qu'elle puisse suivre régulièrement, évitant de nombreuses rechutes, occasionnant chaque fois une nouvelle hospitalisation. La collaboration se fit très bien, il n'hésita pas à nous téléphoner au début du traitement pour nous demander des explications complémentaires et nous inciter lors d'une hospitalisation à reprendre ce mode de thérapeutique.

Nous avons remarqué que les médecins généralistes se montrent toujours très heureux d'un bon contact avec le psychiatre, ce qui nous fait penser que la relation décrite par BALINT de « maître à élève » tend fort heureusement à disparaître. Le maître étant ici le psychiatre que l'on considère avec un respect très ambigu. « Impliquer le généraliste ou l'intéresser à nos problèmes devient une aspiration utopique si ce projet ne s'appuie pas sur un travail exercé en

commun, ou tout au moins sur des cas pour lesquels nous nous sommes rendus utiles grâce à quelques conseils appropriés.

En d'autres termes, le généraliste doit pouvoir constater par une observation directe que le psychiatre (...les mêmes considérations peuvent s'appliquer à l'équipe entière si elle existe) est avant tout un être normal, sensible aux différents problèmes du malade et de sa famille, ainsi qu'à ceux du médecin, disposé à aider concrètement le patient dans la résolution de ses problèmes psychiatriques et sociaux. Bref le généraliste doit pouvoir constater que le psychiatre est inséré dans la communauté et non isolé comme le voulait la tradition. » Balduzzi E.

Nous voyons qu'à l'extérieur le malade va rompre avec l'unité thérapeutique du service hospitalier pour se trouver en contact avec des personnages nouveaux et c'est avec ces personnages qu'il aura des relations des plus suivies.

Nous avons vu le rôle du généraliste mais il y a, bien entendu, tout l'environnement du malade, la famille, les amis, le milieu professionnel, etc...

Dans le *milieu familial* du malade il faudra, comme nous l'avons mentionné plus haut, expliquer le mode d'action de ce médicament.

Les réactions de la famille, du milieu d'accueil nous ont apparu le plus souvent favorables, voire même enthousiastes, dans l'entourage de certains psychotiques chroniques qui ont rechuté à de nombreuses reprises pour avoir maintes fois interrompu des cures de neuroleptiques *per os*. Ainsi que jeune femme schizophrène, M^lle^ L..., célibataire, passait sa vie entre l'hôpital et sa famille ; depuis que nous l'avons traitée au Moditen-retard c'est un emploi qu'elle a trouvé : elle travaille au pair, à Lourdes, dans un hospice de vieillards, où elle s'occupe des malades, et ceci durant six mois. Les six autres mois elle les a passés chez elle, avec sa mère qui, grâce à cette interruption, la « tolère » bien.

Ces réactions favorables sont liées à la valeur psychologique sécurisante du traitement : parmi les facteurs invoqués, celui qui vient en tête dans notre enquête auprès des

familles est la certitude que le malade est traité, ensuite viennent la simplicité de la méthode, sa valeur symbolique (nous avons vu qu'une piqûre est vécue comme « plus active » qu'un autre traitement). La famille se trouve libérée (et le malade aussi) d'intervention plus ou moins autoritaire au moment de la prise médicamenteuse, où elle doit parfois exercer une surveillance difficile, et ici la famille a les mêmes problèmes que le personnel soignant et il n'est pas nécessaire d'insister sur le caractère ambigu d'un tel fait.

On voit donc que cette thérapeutique allège la matérialité de la tâche de la famille, qu'elle met parfois face à de nouveaux problèmes, plus adultes : ceux que pose le malade mental accepté sans ses prises quotidiennes, c'est-à-dire « dans les rôles figés assumés par chaque membre de la famille ».

C'est aborder le « problème de la tolérance » de la famille, car souvent il est difficile de savoir où la famille veut en venir exactement avec son malade. On peut se demander dans quelle mesure ces réactions favorables de l'entourage familial (qui accroissent incontestablement la tolérance du malade par ses proches) vont dans le sens de l'adaptation du traitement (et du malade) au désir profond de l'entourage : réassurance, sécurité, retour à des normes mieux connues et acceptées, « médicalisation » et « dépsychiatrisation » du malade et de sa maladie.

Nous avons aussi observé, dans quelques cas, des réactions d'inquiétude ou de rejet de l'entourage vis-à-vis du traitement retard : pas de médicaments à prendre tout au long d'une permission, cela paraissait inquiétant et pas sérieux.

Nous avons pu remarquer que les résultats, chez les malades en post-cure, paraissaient liés à la qualité du milieu d'accueil : lorsque ce milieu est rejetant, et à plus forte raison pathologique, les résultats sont mauvais; lorsque ce milieu est coopérant, il est évident que tout se passe dans les meilleures conditions.

L'*environnement social* du malade (collègues, employeurs, médecin du travail, etc...) peut aussi dans certains cas refléter des tendances similaires à celles observées dans la famille. Les médecins du travail apprécient le côté « non astreignant » vis-à-vis des possibilités d'emploi du malade.

Cette forme d'administration permet au malade de garder « un anonymat » bienfaisant d'où sa maladie l'avait souvent douloureusement fait sortir et qu'il risquait de compromettre s'il devait, aux yeux de ses collègues, rester prisonnier de prises multi-quotidiennes. Nous nous souvenons d'une jeune déséquilibrée, M^lle^ L..., qui avait trouvé du travail : elle faisait « la saison » dans un hôtel d'une station thermale; celle-ci n'avait pas voulu qu'on en parle à son employeur de peur que celui-ci ne l'engageât pas. Elle voulait garder son « anonymat » et elle y réussit fort bien.

Bien au contraire, parfois, il s'est avéré utile, avec l'accord du malade, d'avertir le service social de l'entreprise qu'une telle thérapeutique avait été mise en cours.

Enfin nous ne voudrions pas omettre de parler de l'incidence particulièrement favorable de la méthode chez les malades qui quittent l'hôpital en étant dépourvus de milieu familial ou d'accueil personnel, dans les conditions beaucoup plus précaires que constituent alors les foyers ou organismes d'hébergement non spécialisés, les hospices, etc... La thérapeutique par Moditen-retard peut représenter un facteur de stabilisation important.

CONCLUSION

Nous avons vu dans la première partie qu'au cours des siècles passés le malade mental était chosifié, enfermé, privé de tout ce qui définit l'homme dans sa réalité sociale. Peu à peu l'évolution culturelle a permis de comprendre les désirs du malade et souhaiter le faire passer de l'état d'objet à celui de sujet avec qui l'on peut dialoguer.

C'était un dialogue entre deux personnes, un soignant et un soigné, qui pouvait le plus souvent s'établir grâce à une méthode, la chimiothérapie, comme nous l'avons évoqué dans notre deuxième partie. Cette relation duelle s'est révélée nécessaire, mais insuffisante, lorsqu'on a pris conscience que l'individu ne pouvait se définir et se réaliser qu'en fonction des « autres » et d'un contexte social. On peut dire, en paraphrasant D. Lagache, que la relation thérapeutique est à la merci de l'affrontement de plusieurs narcissismes : celui du médecin, du malade, de l'équipe soignante, du milieu socio-familial et professionnel du malade.

Cet affrontement devient rencontre et réassurance réciproque, authentique relation par le biais d'une médication jouant le rôle de médiateur harmonisant.

Pour que le malade retrouve un « moi » autonome, il faudrait que chaque membre soit capable de respect et de responsabilité vis-à-vis d'autrui, il faudrait que ces membres puissent surmonter l'angoisse et la peur de s'identifier au fou pour ne plus chercher à l'isoler « ailleurs », pour accepter qu'il puisse réintégrer « la communauté des vivants ». Il nous semble que le neuroleptique retard, dans une certaine mesure, en « normalisant » le comportement du malade mental et en le rendant ainsi acceptable, pourrait être un élément qui y contribue.

Vu : *Le Président du Jury,*
GERAUD

Le Président de l'Université Paul-Sabatier :
L. LARENG

BIBLIOGRAPHIE

Balduzzi (E.) : — Réponse à : Qu'est-ce que la psychiatrie ? *Inform. Psychiat.* 1968, *44,* 753-755.

Balduzzi (E.), Alberti (G.) et Saccani (P.) : — Psychiatrie dans la communauté et politique de secteur. *Inform. Psychiat.* 1969, *45* n° 4, 357-373.

Balini : — Le médecin, son malade et la maladie. Trad. J.-P. Valabrega *P. U. F.,* Paris 1960.

Balvet (P.) : — Ebauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine. La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* 1965. — Chimiothérapie et équipe soignante. *Actual. de thérap. psychiat.* 1967, 2me série. *Masson,* Lyon.

Baruk (H.) : — Le rôle social de l'Hôpital psychiatrique. *Inform. Psychiat.,* 1966, *5,* n°6, 381-383.

Basaglia (F.) : — Institution psychiatrique et société. *Inform. Psychiat.,* 1969, *45,* 709-739.

Bergeret (J.) : — Relation entre malade, chimiothérapie et psychothérapeute dans les traitements bifocaux à l'Hôpital. Relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* 1965.

Bequart (P.) : — La relation thérapeutique en pratique hospitalière et extrahospitalière. *Inform. Psychiat.,* 1965, n° 2, 99-118.

Blanc (C.) : —La psychopharmacologie : les mots, les drogues et l'esprit. *Evol. Psychiat.* 1966, *31,* 707-740.

Bonnafe (L.) : — Le personnage du psychiatre. *Evol. Psychiat.,* 1967, 32, 1-36.

Bouckson (C.) : — A la recherche d'une dynamique de la relation médecin-malade. Relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* 1965.

Burner (M.) : — Inconvénients et utilité de la pharmacothérapie dans l'approche psychothérapique. La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* Paris 1965, 157-164.

Conte (Cl.) : — Brèves remarques cliniques et psychodynamiques sur les différents modes d'action des médicaments neuroleptiques. La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* Paris 1965, 92-95.

Daumezon (G.) : — Les fondements d'une psychothérapie collective. *Evol. Psychiat.,* 1948, *3,* 57-75.

Daumezon (G.), Tosquelles (F.) et Paumelle (Ch.) : — Organisation thérapeutique de l'Hôpital Psychiatrique. *E. M. C. Psychiat.* III. 37 930 A 10.

Delay (J.), Deniker (P.) : — Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie. *Masson,* Paris 1964.

Diatkine (R.) et Paumelle (Ch.) : — Médications et psychothérapies individuelles. La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* Paris 1965, 41-57.

Diatkine (R.) : — La notion de régression. *Evol. Psychiat.,* 1957, n° 2, 416.

Ey (H.) : — Méthodes et techniques thérapeutiques en psychiatrie. *E. M. C. Psychiat.,* III. *37* 800 A 10.

Foucault (M.) : — Histoire de la folie à l'âge classique. *Plon,* Paris 1964.

Freud (S.) : — Totem et Tabou. *Payot,* Paris 1965.

Guyotat (J.), Fedida (P.), Miraillet (P.), Reyss-Brion (R.) et (M.-P.), Dubor (P.) : — Chimiothérapie et psychothérapie : réflexions à propos d'une expérience d'approche méthodologique du problème. La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* Lyon 1965, 139-145.

Israel (L.) : — Le médecin face au malade. *Ed. Ch. Dessart.*

KISSEL, BARRUCAND : — Placébo et effet placébo en médecine. *Masson.*

KLEIN (J.-P.) : — Le médicament en question, *Thèse,* Paris, 1968.

LAMBERT (P.-A.), MARCOU (G.), MIDENET (J. et M.) et BOUCHARDY (M.) : — L'œnanthate de fluphénazine, neuroleptique à action retardée, à l'Hôpital psychiatrique et en milieu extrahospitalier : *Colloque d'Artigny,* 26 mai 1967.

NIQUE (M.) : — La psychopharmacologie - Etude critique - ses relations avec la psychothérapie et l'institution soignante. *Thèse* Lyon, 1964.

OSTAPTZEFF (G.) : — La relation soigné-soignant sous neuroleptique retard. *Ann. Méd. Psychol.,* 1969, *2,* 564-67.

PICHOT (P.) : — L'effet Placébo. La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* Paris, 1965, 96-100.

RACAMIER (P.-C.) et L. CARRETIER : — Relation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique. Relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* 1965.

REVERCHON (F.) : — Le malade en quête d'écoute. *Concours médical,* 18, 1970.

REVOL (L.) : — Réflexions sur quelques contingences concernant le médicament. Actualités de thérapeutique psychiatrique. *Masson,* 1967, 15-33.

ROELENS (F.) : — Réflexions sur le travail relationnel en milieu psychiatrique. *Inform. Psychiat.,* 1965, *5,* n°9, 729-740.

SCHNEIDER (P.-B.) : — Le maniement de la pharmacothérapie au cours des psychothérapies. La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* Paris 1965, 165-171.

SCHNETZLER (J.-P.) : — Le vécu de la cure neuroleptique au cours des associations thérapeutiques. La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* Paris 1965, 172-182.

SIVADON (P.) : — Quelques principes de la Thérapie Institutionnelle. *Evol. Psychiat.,* 1966, *31,* 453-460.

SQUIBB Laboratoires : — Dossier Moditen-retard.

Sutter (J.-M.), Pelicier (Y.), Delperreti (G.-M.) et Scotto (J.-C.) : — Chimiothérapie et assentiment du malade à la psychothérapie. La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* Paris 1965, 106-113.

Tosquelles (F.) : — Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle ? *Inform. Psychiat.,* 1969, *45,* n° 4, 377-384.

Valabrega (J.-P.) : — La relation thérapeutique malade et médecin. *Flammarion,* Paris 1962.

Vermorel (H.) : — Politique de secteur et psychothérapie institutionnelle. *Inform. Psychiat.,* 1968, *44,* n°2, 131-148.

Vermorel (H.), Nique (M.), Caron (C.), Meylan (A.) et Breton (G.) : — Quelques aspects du médicament dans un contexte institutionnel. Relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques. *Masson,* 1965.

Woobury (M.) : — L'équipe thérapeutique. Principe de traitement somato-psychosocial des psychoses. *Inform. Psychiat.,* 1966, 5, N° 10.

Imp. Fournié, 27, bd Riquet, Toulouse — 6-71 - D. L. 71-2 - 2347